

Внутрисуставное лечение синовита с помощью лорноксикама у пациентов с остеоартритом коленных суставов

Головач И.Ю., Чипко Т.М., Заирный И.М., Лазоренко Е.А.

Резюме. 38 пациентам с остеоартритом коленных суставов, осложненным рецидивирующим течением синовита было проведено внутрисуставное введение лорноксикама в дозе 8 мг. Цель исследования состояла в оценке эффективности и безопасности внутрисуставного введения лорноксикама. В результате внутрисуставного применения лорноксикама отмечена быстрая и достоверная позитивная динамика болевого и воспалительного синдромов, что подтверждают изменение болевых индексов, окружность коленных суставов и данные ультразвукового исследования. Высокая концентрация препарата, что создается при внутрисуставном введении (непосредственно в очаг воспаления), может обеспечить более выраженное клиническое улучшение и позитивную динамику симптомов синовита в сравнении с пероральным или парентеральным применением. Результаты внутрисуставного введения лорноксикама удостоверяют его высокую эффективность в быстром купировании симптомов синовита и уменьшении болевого синдрома. Эффективность лорноксикама подтверждена клинически, а также регресс синовита визуализирован при помощи ультразвуковых методов. Таким образом, лорноксикам при внутрисуставном введении является эффективным и безопасным НПВП и может быть рекомендован к широкому использованию для купирования рецидивирующих синовитов у больных с остеоартритом.

Ключевые слова: остеоартрит, синовит, внутрисуставные инъекции, лорноксикам, эффективность.

Актуальность проблемы. Боль и воспаление являются основными клиническими проявлениями ревматических заболеваний, в частности, остеоартрита (ОА). При этом заболевании болевой синдром обусловлен разными причинами, имеет гетерогенную природу и клинические проявления. Источником болевых ощущений могут быть кость (вследствие субхондральных микропереломов, повышения внутрикостного давления, раздражения прилегающих тканей остеофитами), периартикулярные ткани (мышечный спазм, дегенеративно-дистрофические изменения в прилегающих энтезисах, поражение сухожилий и связок – бурситы, тендиниты, тендовагиниты и др.), а также синовиальная оболочка вследствие синовита. Болевой синдром при ОА характеризуется сочетанием боли механического и воспалительного характера, что придает ей хроническое течение. Боль приводит к формированию порочного круга, т.к. вызывает мышечный спазм, обостряющий ощущение боли, что, в свою очередь, усиливает мышечное сокращение. С другой

стороны, боль приводит к снижению двигательной активности, обездвиженности, мышечной слабости, атрофии мышц. Третья составляющая этого порочного круга – депрессия, возникающая и прогрессирующая вследствие снижения социальной и личной активности.

Особую клиническую форму имеет ОА, сопровождающийся синовитом, который чаще всего возникает в крупных суставах – коленных и тазобедренных. В частности, для гонартроза с синовитом характерна умеренная или сильная боль, она усиливается, как правило, через 5-10 минут от начала ходьбы и редко исчезает в покое. Утренняя скованность или скованность после кратковременного отдыха, т. е. иммобилизации сустава – «феномен геля» в среднем продолжают 15-30 минут. Синовит встречается также в дистальных и проксимальных суставах кистей при узелковой форме ОА. Увеличение сустава из-за синовита, нарастание ограничения объема движений и локальное повышение кожной температуры над пораженным су-

ставом отмечается довольно часто, но не является обязательным.

Боль, вызванная воспалением, является предметом серьезного внимания; на сегодня механизмы боли, ассоциированной с воспалением, активно изучаются. Продемонстрировано, что любая периферический боль связана с повышением чувствительности специализированных нейронов – ноцицепторов, создающих сигнал, который распознается как боль. Повышение чувствительности первичного ноцицепторов в пораженной периферической ткани приводит к повышению активности нейронов, посылающих сигнал в спинной мозг и ЦНС. Необходимо подчеркнуть, что в очаге воспаления может генерироваться спонтанная электрическая активность, что обуславливает стойкий болевой синдром. Мощными индукторами болевой чувствительности являются провоспалительные компоненты: брадикинины, гистамин, нейрокинин, комплемент, оксид азота, которые обычно обнаруживают в очаге воспаления. В последние годы все больше внимания уделяют простагландинам, накопление которых коррелирует с интенсивностью воспаления и гипералгезией. Однако собственно простагландины не являются медиаторами боли, они лишь повышают чувствительность ноцицепторов к различным стимулам. Они как бы «включают спящие» ноцицепторы, приводя к такому состоянию, когда они легко возбуждаются при различном воздействии. В последние годы описана ведущая роль интерлейкина-1 и фактора некроза опухоли α в механизмах воспаления и формирования болевых ощущений.

Одним из важных направлений быстрого купирования реактивного синовита и, соответственно, купирования болевого синдрома является внутрисуставное введение препаратов – глюкокортикоидов, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Однако все НПВП для парентерального применения представляют собой растворы, которые быстро выводятся из полости сустава и, являясь слабыми кислотами, при непосредственном контакте с синовиальной оболочкой вызывают ее химическое

раздражение. Поэтому внутрисуставное введение НПВП редко используется в клинической практике. Появление современных инъекционных форм НПВП открывает новые возможности в лечении хронического болевого синдрома, вызванного рецидивирующим торпидным синовитом, и рассматривается как перспективное направление локального лечения синовитов. Высокая концентрация препарата, создаваемая при таком способе введения непосредственно в очаг воспаления, способна обеспечить более выраженное улучшение, чем пероральный, внутримышечный способы введения данных препаратов. Одним из таких препаратов является лорноксикам (ксефокам). Лорноксикам – это препарат с выраженным действием за счет сочетания противовоспалительных эффектов НПВП и сильного обезболивающего действия, сопоставимого с опиатами. Противовоспалительный эффект препарата обусловлен подавлением синтеза простагландинов, угнетением изоферментов циклооксигеназы, депрессией образования свободных радикалов из активированных лейкоцитов и лейкотриенов. В основе обезболивающего и противовоспалительных механизмов действия лорноксикама лежит мощное сбалансированное подавление активности преимущественно изоферментов ЦОГ-2, в наибольшей степени стимулирующей активный выброс медиаторов воспаления и болевую импульсацию и значительно меньшее действие на физиологическую ЦОГ-1. Лорноксикам также активно стимулирует выработку эндогенного динорфина и эндорфина, что является физиологическим путем купирования болевых синдромов любой интенсивности и локализации. Уникальное сочетание выраженного ингибирования циклооксигеназы с простагландин-депрессивным действием с одномоментной активной стимуляцией выработки физиологического эндорфина делает лорноксикам одним из наиболее эффективных и безопасных современных анальгетиков, что подтверждено при проведении многочисленных клинических, в том числе плацебо-контролируемых, исследований во многих клиниках Европы и нашей страны.

Целью нашего исследования была оценка эффективности и безопасности внутрисуставного введения лорноксикама у пациентов с ОА коленных суставов, осложненным синовитом.

Материалы и методы исследования. Внутрисуставное введение лорноксикама было произведено 38 пациентам с гонартрозом и рецидивирующим течением реактивного синовита, что не поддавался действенному лечению при пероральном/парентеральном применении НПВП и других методов. Наличие синовита было подтверждено клинически и с помощью УЗИ суставов. У 16 пациентов воспалительный процесс был двухсторонним, у 22 – односторонним. В общем, внутрисуставные инъекции были произведены в 54 сустава.

У всех пациентов был установлен диагноз остеоартроза коленных суставов согласно классификационным критериям Американской коллегии ревматологов с клинико-инструментальным подтверждением синовита длительностью не менее 3 месяцев при гонартрозе. Среди обследованных было 22 женщины и 16 мужчин. Возраст пациентов колебался от 37 до 75 лет, в среднем составлял $52,6 \pm 10,3$ года. У преобладающего большинства пациентов, включенных в исследование, была диагностирована II или III стадии гонартроза, у 1 пациента определялась I стадия, и у 2-х – IV стадия. Длительность синовита составляла $6,7 \pm 5,6$ мес. Все пациенты, включенные в исследование, получали НПВП, из них 15 периодически по мере обострения болевого синдрома, остальные – постоянно. В разное время 14 пациентам вводили глюкокортикоидные препараты длительного действия в коленные суставы с переменным успехом. Синовит рецидивировал в среднем через $5,6 \pm 3,9$ мес. (диапазон колебаний от 3-х до 11 мес.) после введения глюкокортикоидов.

Лорноксикам в дозе 8 мг трехкратно через 72 ч вводили в коленные суставы после предварительной эвакуации синовиальной жидкости. У пациентов с двухсторонним процессом инъекции проводились в оба сустава. Перед первым и каждым следующим введением, а также через 10 дней после по-

следнего введения препарата проводили клинический осмотр, измеряли окружность коленных суставов на уровне верхнего края надколенника (см), определяли интенсивность болевого синдрома по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале, оценивали выраженность артралгии в покое, при подъеме по лестнице, ночную боль. Для объективизации влияния лорноксикама на симптомы синовита в динамике проводили УЗИ коленных суставов на аппарате BK medical Flex focus 400 с линейным датчиком 7,5 MHz. Определяли влияние на толщину (см) синовиальной оболочки и экссудативные изменения суставов. Исследовали содержание синовиальной жидкости в супрапателлярной синовиальной сумке, под коллатеральными связками, в нижнем и верхнем заворотах (по расстоянию в мм между соответствующими костными и мягкоткаными элементами). Кроме того, регистрировали наличие и размеры подколенных синовиальных кист. Количество воспалительного экссудата в полости сустава оценивали в баллах (1 – незначительное, 2 – умеренное, 3 – большое и 4 – очень большое).

Статистическая обработка проводилась с использованием парного t-критерия Стьюдента с помощью стандартной программы Statistica 8.0.

Результаты исследования и их обсуждение. После предварительной эвакуации синовиальной жидкости и введения 8 мг лорноксикама 5 пациентам с односторонним патологическим процессом отметили полный регресс болевого и воспалительного синдромов; была отмечена также позитивная клиническая и ультразвуковая динамика, что обусловило прекращение дальнейшего лечения и введения препарата. Остальным пациентам было проведено три введения лорноксикама согласно дизайну исследования.

После введения лорноксикама в воспаленные коленные суставы артралгия уменьшалась более чем на 40 %. Больные обычно спустя 8-12 ч после инъекции отмечали существенное улучшение самочувствия, увеличение объема безболезненных движений, которое в большинстве случаев сохранялось в течение последующих 72 ч и более. После

первой инъекции 5 больным не потребовалось повторное введение препарата, у остальных синовит после первой инъекции регрессировал не полностью, однако боль значительно уменьшилась. В целом в группе выраженность болевого синдрома после введения лорноксикама была значительно менее выражена, чем до лечения. Боль в покое снижалась на 20,9 % ($P < 0,05$), боль при подъеме по лестнице – на 37,4 % ($P < 0,01$); боль в покое – более, чем наполовину. Результаты представлены в табл. 1.

После повторного введения лорноксикама отмечалась более выраженная позитивная динамика клинических показателей – достоверное уменьшение болевого синдрома, уменьшение окружности коленных суставов. После третьей инъекции препарата у большинства пациентов существенно регрессировал болевой синдром. Так, боль в покое уменьшилась на 56,6 %, ночная боль – на 37,5 %, боль при подъеме по лестнице – на 57,7 %, боль при пальпации – на 64,8 %; на 4,6 см в среднем уменьшилась окружность коленных суставов в процессе лечения. Необходимо отметить, что после каждой следующей инъекции лорноксикама клиническая симптоматика улучшалась с максимальными позитивными показателями после третьей инъекции. Позитивный эффект удерживался через 10 дней после последнего внутрисуставного введения препарата. По сравнению с показателями болевого синдрома после 3-й инъекции, через 10 дней отмечены дальнейшие позитивные изменения. Так, боль в покое уменьшилась дополнительно на 16,8 % ($P_1 < 0,05$), боль при подъеме по лестнице – на 8,9 % ($P_1 > 0,05$), ночная боль – на 13,7 % ($P_1 < 0,05$), также незначительно уменьшилась боль при пальпации.

Для подтверждения регресса синовита всем пациентам проводилось УЗИ суставов. При УЗИ коленных суставов толщина синовиальной оболочки у обследованных пациентов колебалась от 4,02 мм до 3,34 мм, в среднем $3,72 \pm 0,43$ мм. После 3-й инъекции лорноксикама толщина синовиальной оболочки составила $3,22 \pm 0,38$ мм ($P < 0,01$). Объем воспалительного экссудата достоверно уменьшился с $1,94 \pm 0,93$ до $1,52 \pm 0,67$ баллов

($P < 0,01$). Эти динамические изменения сопровождались значительным уменьшением площади супрапателлярной синовиальной сумки (в среднем с $193,67 \pm 97,94$ мм² до $143,33 \pm 87,02$ мм²; $P < 0,05$) и количества синовиальной жидкости под коллатеральными связками коленного сустава (в среднем с $3,83 \pm 1,12$ мм до $3,03 \pm 1,24$ мм; $P < 0,001$). При клиническом и ультразвуковом исследовании подколенная синовиальная киста (Бейкера) была выявлена у 23 пациентов; ее наличие коррелировало с количеством воспалительного экссудата. После 3-й инъекции лорноксикама объем кисты в среднем значительно уменьшился, а у 11 пациентов – киста полностью регрессировала.

Необходимо также отметить, что осложнений и аллергических реакций при внутрисуставном введении ксефокама не было отмечено.

Наиболее часто применяемым средством локальной терапии рецидивирующего синовита при ОА является внутрисуставное введение глюкокортикоидов, которые занимают ведущее место среди противовоспалительных медикаментов. Глюкокортикоиды обеспечивают быстрое и значительное клиническое улучшение, однако побочные эффекты, свойственные данному классу лекарственных средств, накладывают определенные ограничения в их использовании. Стандарты лечения ОА, в том числе и с синовитом, рекомендуют НПВП, но поиск дополнительных средств локальной терапии синовита при нем является актуальной задачей.

Возможность введения лорноксикама внутривенного и внутрисуставно придает ему существенные преимущества перед другими НПВП. Эта возможность связана с уникальной технологией приготовления порошка путем создания лиофилизата, который может сохранять стабильность в слабощелочной среде, в отличие от других НПВП, которые в инъекционной форме имеют кислую среду. Именно поэтому лорноксикам является близким по показателям рН и осмолярности к плазме крови, что обеспечивает возможность не только безопасно вводить его в кровеносное рус-

ло, но и является теоретической предпосылкой для успешного введения в полость сустава.

При использовании НПВП, особенно при внутрисуставном введении препаратов, необходимо учитывать их потенциально позитивное/негативное влияние на гиалиновый хрящ. Хорошо известно, что некоторые НПВП имеют негативное влияние на синтез матрикса хряща и, таким образом, способствуют прогрессированию ОА, некоторые другие препараты обладают хондронейтральным эффектом, третьи – хондропротективным влиянием. Последние препараты имеют преимущества в лечении пациентов с ОА. Хондропротекторные свойства выявлены у мелоксикама, лорноксикама, нимесулида, целекоксиба и ацеклофенака. С этих позиций, внутрисуставное, парентеральное и пероральное применение лорноксикама также имеет преимущества и характеризуется безопасностью в сравнении с другими НПВП.

Эффективность внутрисуставного введения лорноксикама продемонстрирована также в эксперименте при моделировании зимозанового артрита у крыс, что проявляется уменьшением или исчезновением припухлости и гиперемии суставов, увеличения объема движений в них.

Таким образом, у пациентов, включенных в настоящее исследование, введение раствора лорноксикама в воспаленные коленные суставы уже в первые сутки после инъекции обеспечивало существенное уменьшение выраженности локального болевого и воспалительного синдромов. В отдельных случаях клиническое улучшение после первого введения препарата было настолько существенным, что необходимость в повторных инъекциях не возникала. Однако у части больных явления синовита в определенной степени сохранялись, несмотря на повторные внутрисуставные инъекции лорноксикама. Тем не менее, выраженность симптомов в динамике значительно уменьшалась.

Таблица 1

Динамика показателей суставного синдрома у больных с остеоартрозом, осложнившимся синовитом коленных суставов, под влиянием внутрисуставного введения лорноксикама

Показатель	До лечения (n=54)	После 1-й инъекции (n=54)	После 2-й инъекции (n=49)	После 3-й инъекции (n=49)	Через 10 дней после инъекции (n=54)
Боль в покое	42,6±5,7	33,7±6,3 P<0,05	21,8±6,7 P<0,01	18,5±4,7 P<0,01	15,4±4,3 P<0,001 P ₁ <0,05
Боль при подъеме по лестнице	71,1±11,3	44,5±6,3 P<0,01	45,8±5,2 P<0,01	30,1±7,7 P<0,001	27,4±5,3 P<0,001 P ₁ >0,05
Ночная боль	29,3±4,5	17,6±3,8 P<0,05	16,2±4,7 P<0,05	18,3±4,3 P<0,05	15,8±3,3 P<0,05 P ₁ <0,05
Боль при пальпации	33,3±4,6	16,3±3,3 P<0,05	15,7±2,3 P<0,01	11,7±2,4 P<0,001	10,7±1,8 P<0,001 P ₁ >0,05
Окружность сустава у верхнего края надколенника, см	44,3±1,9	43,6±2,2 P>0,05	40,2±1,8 P<0,05	39,7±1,5 P<0,05	39,6±1,4 P<0,05 P ₁ >0,05

Примечание: 1. P – статистически достоверная разница в сравнении с исходными показателя до начала инъекций; 2. P₁ – статистически достоверная разница между показателями после последней инъекции лорноксикама и через 10 дней.

Выводы. Высокая концентрация препарата, что создается при внутрисуставном введении (непосредственно в очаг воспаления), может обеспечить более выраженное клиническое улучшение и позитивную динамику симптомов синовита в сравнении с пероральным или парентеральным применением. Результаты внутрисуставного введения лорноксикама удостоверяют его высокую эффективность в быстром купировании симптомов синовита и уменьшении болевого синдрома. Накопленный клинический опыт, прежде всего российских кол-

лег, позволяет рекомендовать данный препарат для купирования симптомом синовита при ОА. Внутрисуставное введение лорноксикама показано прежде всего пациентам с хроническим рецидивирующим синовитом как дополнительная мера к основному противовоспалительному лечению. Таким образом, лорноксикам при внутрисуставном введении является эффективным и безопасным НПВП и может быть рекомендован к широкому использованию для купирования рецидивирующих синовитов у больных ОА.

Список использованной литературы

1. Головач І.Ю. Ефективність і безпечність лорноксикаму (ксефокаму) в лікуванні ревматичних захворювань суглобів / І.Ю. Головач // *Травма*. – 2013. – № 2(14). – С. 90–94.
2. Егоров И.В. Внутрисуставное введение НПВП: новый этап в современной ревматологии / [И.В.Егоров, В.В.Цурко, И.В. Леоненко, П.А. Семенов и др.] // *Клин. геронтол.* – 2009. – № 8–9. – С. 126–133.
3. Коваленко В.Н. Остеоартроз і біль: стан проблеми / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич // *Боль. Суставы. Позвоночник*. – 2011. – № 1. – С. 10–14.
4. Никитин Н.А. Внутрисуставная терапия синовита коленного сустава / Н.А. Никитин, Е.В. Калмыкова // *Совр. ревматология*. – 2007. – № 1. – С. 53–55.
5. Цурко В.В. Внутрисуставные инъекции лорноксикама (ксефокама) в лечении синовита коленных суставов у пожилых больных с остеоартрозом / [В.В. Цурко, Н.А. Хитров, Е.В. Виноградова др.] // *Амбулатор. хирург*. – 2006. – № 2. – С. 23–26.
6. Цурко В.В. Внутрисуставное введение лорноксикама: клинико-экспериментальное обоснование и оценка эффективности / [В.В. Цурко, Р.М. Балабанова, Олюнин Ю.А. и др.] // *Consilium Medicum*. – 2006. – Т. 8. – № 7. – С. 56–59.
7. Altman R. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis / [R. Altman, E. Asch, D. Bloch et al.] // *Arthr. Rheum.* – 1991. – № 34. – P. 505–514.
8. Berg J. The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 in vitro / [J. Berg, H. Fellier, T. Christoph, J. Grarup et al.] // *Inflamm. Res.* – 1999. – Vol. 48(7). – P. 369–379.
9. Berry H. A double-blind, multicentre, placebo controlled trial of lornoxicam in patients with osteoarthritis of the hip and knee / [H. Berry, H. Bird, C. Black et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* – 1992. – Vol. 51. – P. 238–242.
10. Capone M.L. Pharmacodynamic of cyclooxygenase inhibitors in humans / [M.L. Capone, S. Tacconelli, P. Patrignani et al.] // *Prostagland. Other Lipid Mediat.* – 2007. – Vol. 82. – P. 85–94.
11. Doherty M. Chondroprotection by nonsteroidal anti-inflammatory drugs / M. Doherty // *Ann. Rheum. Dis.* – 1989. – Vol. 48(8). – P. 619–621.
12. Haskinsson E.C. Effects of anti-inflammatory drugs on the progression of osteoarthritis of the knee / [E.C. Haskinsson, H. Berry, P. Gishen et al.] // *J. Rheum.* – 1995. – Vol. 22. – P. 1941–1946.
13. Ghosh P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and chondroprotection. A review of the evidence / P. Ghosh // *Drugs*. – 1993. – Vol. 46(5). – P. 834–846.
14. Pruss T.P. Overview of the pharmacological properties, pharmacokinetics and animal safety assessment of lornoxicam / [T.P. Pruss, H. Stroissnig, S. Radhofer-Welte et al.] // *Postgrad. Med. J.* – 1990. – Vol.66, Suppl 4. – P.18-21.
15. Rainer F. A prospective, multicentre, open-label, uncontrolled Phase II study of the local tolerability, safety and efficacy of intramuscular chlorzoxipam in patients with acute low back pain / [F. Rainer, G. Klein, F. Mayrhofer, F. Singer et al.] // *Eur. J. Clin. Res.* – 1996. – Vol. 8. – P. 1–13.
16. Sellam J. The role of synovitis in pathophysiology and clinical symptoms of osteoarthritis / J. Sellam, F. Berenbaum // *Nat. Rev. Rheumatol.* – 2010. – Vol. 6(11). – P. 625–635.

17. Sokolove J. Role of inflammation in the pathogenesis of osteoarthritis: latest findings and interpretations / J. Sokolove, Ch.M. Lepus // Ther Adv Musculoskel Dis. – 2013. – Vol. 5(2). – P. 77–94.

18. Wenham C.Y.J. The Role of Synovitis in Osteoarthritis / C.Y.J. Wenham, Ph.G. Conaghan // Ther. Adv. Musculoskelet. Dis. – 2010. – Vol. 2(6). – P. 349–359.

Внутрішньосуглобове лікування синовіту за допомогою лорноксикаму у пацієнтів з остеоартритом колінних суглобів

Головач І.Ю., Чіпко Т.М., Зазірний І.М., Лазоренко О.О.

Резюме. 38 пацієнтам з остеоартритом колінних суглобів, ускладненим рецидивуючим перебігом синовіту, було проведено внутрішньосуглобове введення лорноксикаму в дозі 8 мг. Мета дослідження полягала в оцінці ефективності та безпеки внутрішньосуглобового введення лорноксикаму. У результаті внутрішньосуглобового застосування лорноксикаму відзначена швидка і достовірна позитивна динаміка больового та запального синдромів, що підтверджують зміна больових індексів, окружність колінних суглобів і дані ультразвукового дослідження. Висока концентрація препарату, що створюється при внутрішньосуглобовому введенні (безпосередньо у вогнище запалення), може забезпечити більш виражене клінічне поліпшення і позитивну динаміку симптомів синовіту в порівнянні з пероральним або парентеральним застосуванням. Результати внутрішньосуглобового введення лорноксикаму засвідчують його високу ефективність у швидкому купіруванні симптомів синовіту і зменшенні больового синдрому. Дієвість лорноксикаму підтверджена клінічними методами, а також регресування синовіту було візуалізовано за допомогою ультразвукових методів. Таким чином, лорноксикам при внутрішньосуглобовому введенні є ефективним і безпечним НПЗП і може бути рекомендований до широкого використання для купірування рецидивуючих синовітів у хворих на остеоартрит.

Ключові слова: остеоартрит, синовіт, внутрішньосуглобові ін'єкції, лорноксикам, ефективність.

Intraarticular treatment of synovitis with lornoxicam (xefocam) in patients with knee osteoarthritis

Golovach I., Chipko T., Zazyrny I., Lazorenko E.

Summary. 38 patients with knee osteoarthritis with relapsing synovitis was performed intraarticular injection of lornoxicam 8 mg. The purpose of our study was to assess the efficacy and safety of intraarticular administration of lornoxicam. As a result, intraarticular use of lornoxicam marked by rapid and significant positive dynamics of pain and inflammatory syndromes, which is confirmed by the change of pain index, knee circumference and ultrasound examination. The high concentration of the drug that is created when intraarticular injection (directly into the center of inflammation) may provide a more pronounced clinical improvement than the oral or parenteral administration. The results of intra-articular administration of lornoxicam (Xefocam) certify its high efficiency in rapid relief of symptoms of synovitis and pain reducing. Efficacy of lornoxicam was confirmed clinically as well as regression synovitis visualized by using ultrasound techniques. Thus, lornoxicam for intraarticular injection is effective and safe NSAIDs and can be recommended for widespread use for the relief of synovitis in patients with knee osteoarthritis.

Key words: osteoarthritis, synovitis, intraarticular injection, lornoxicam, efficiency.